

Стебунов С.С., Лызиков А.Н.,
Аль-Маклафи Тофик, Сапко Г.Ф.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

/ Витебск /

Несмотря на успехи лапароскопической хирургии в последнее время, вопрос о лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите до сих пор является дискуссионным.

В отделении малоинвазивной хирургии в период с 1995 по настоящее время произведено 838 лапароскопических холецистэктомий, 182 (22 %) из которых — при остром холецистите. Имеющийся у нас положительный опыт позволяет нам выдвинуть ряд приемов, которые позволят хирургам избежать возможных осложнений:

- использование специальных инструментов с окнами между браншами, мощных зубчатых зажимов, инструментов с длинными браншами и др.;
- использование современного электрохирургического оборудования с возможностью поверхностной коагуляции;
- необходимость тщательной препаровки и выделения желчного пузыря как можно ближе к его стенке, послойно, с пересечением небольших по толщине слоев строго по направлению к стенке;
- использование предварительной пункции желчного пузыря при его напряжении и отечно-сти стенки;
- выделять пузырьные протоки и артерию безопаснее начиная с нижней трети тела пузыря, опускаясь к шейке (аналогично способу выделения желчного пузыря от «дна»);

- при невозможности захватывания стенки пузыря зажимом использование для ее фиксации прошивания прочным шовным материалом;
- четкая визуализация всех анатомических образований перед их пересечением, при необходимости использование интраоперационной холангиографии для дифференцировки протоков;
- при подозрении на холедохолитиаз целесообразно дренировать холедох по Пиковскому с расчетом на последующую эндоскопическую папиллосфинктеротомию;
- при инфильтративных изменениях пузырного протока — перевязка его синтетической нитью, а не клипирование;
- введение дополнительных троакарров для облегчения манипуляций. В частности, рекомендуется вводить дополнительный 5 мм троакар слева в мезогастрию для отсоса, который используется и как ретрактор;
- троакар по среднеключичной линии справа рекомендуется заменить на 10 мм для введения мощных 10 мм зажимов-экстракторов или Бэбкока, которыми легче захватить стенку желчного пузыря;
- стремиться во всех случаях инфицированный желчный пузырь извлекать из брюшной полости в пластиковом мешке;
- обязательное дренирование брюшной полости более толстыми дренажами после предварительной тщательной санации подпечечного и поддиафрагмального пространства путем промывания раствором хлоргексидина и других антисептиков (с антибиотиками).

Опыт показывает, что при решении вопроса о выборе метода выполнения холецистэктомии следует больше ориентироваться на данные объективных исследований, чем на сроки от начала заболевания. Если во время операции трудности применения лапароскопической техники будут превышать ее преимущества, то лапароскопическую холецистэктомию в данном конкретном случае желательно признать нецелесообразной. Если образования треугольника Коло не могут быть выделены в течение разумного промежутка времени, то также должна производиться лапаротомия.

Наряду с техническими проблемами лапароскопического лечения больных острым холециститом существуют и проблемы хирургической тактики, выбора сроков операции, а также ряд организационных вопросов.

Нередко больные острым холециститом поступают в стационар в поздние сроки от начала заболевания (свыше 3 суток), когда в области гепатодуоденальной связки уже сформировался плотный инфильтрат, значительно затрудняющий дифференцировку ее элементов. Этот период наименее благоприятен для проведения операции. В таких ситуациях повышается риск интраоперационных осложнений, возможность развития которых ставит под сомнение оправданность выполнения лапароскопического вмешательства. Такие случаи заставляют хирургов либо отказываться от выполнения лапароскопической холецистэктомии в пользу "открытого" метода, либо (при положительной динамике процесса) выполнять ее в холодном периоде.

Таким образом, на наш взгляд, острый холецистит не является противопоказанием к выполнению лапароскопической холецистэктомии.

Наиболее выгодным сроком выполнения видеолапароскопической холецистэктомии являются первые двое суток, отсроченные операции желательно проводить в более поздние сроки (не ранее 3 недель после купирования острого приступа).

Лапароскопическая холецистэктомия является предпочтительным методом в лечении больных острыми формами холецистита. Эта операция позволяет значительно сократить время пребывания больных в стационаре, облегчить течение послеоперационного периода, снизить число послеоперационных осложнений и уменьшить сроки общей нетрудоспособности.